

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N° 222

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Camille, Pierre, Henri VIZQUEL

Né le 13 Octobre 1914, à Cognac (Charente).

Présentée et soutenue publiquement le .. 28 JUIN 1943. 19

ROLE LOCALISATEUR

DU

TRAUMATISME

DANS LA

TUBERCULOSE OSTEO-ARTICULAIRE

Président : M. MATHIEU. Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **VIZQUEL.**

Prénoms : **Camille, Pierre, Henri.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

VIZQUEL (Camille, Pierre, Henri).
Rôle localisateur du traumatisme dans la tuberculose ostéo-articulaire. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 52 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

VIZQUEL (Camille, Pierre, Henri).
Rôle localisateur du traumatisme dans la tuberculose ostéo-articulaire. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 52 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

VIZQUEL (Camille, Pierre, Henri).
Rôle localisateur du traumatisme dans la tuberculose ostéo-articulaire. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 52 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

VIZQUEL (Camille, Pierre, Henri).
Rôle localisateur du traumatisme dans la tuberculose ostéo-articulaire. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 52 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Camille, Pierre, Henri VIZQUEL

Né le 13 Octobre 1914, à Cognac (Charente).

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

ROLE LOCALISATEUR

DU

TRAUMATISME

DANS LA

TUBERCULOSE OSTEO-ARTICULAIRE

Président : M. MATHIEU. Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1943

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	LIAN.
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
	MONDOR.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	BROCC.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	DOGNON.
	HAZARD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirur-cale.
BARIETY	Pathologie médi-cale.
BESANÇON Justin..	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie
BOULIN	Pathologie médi-cale.
BROUET	Pathologie médi-cale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médi-cale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médi-cale.
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DELARUE	Anatomie patholo-gique.
DELAY	Pathologie médi-cale.
DESGREZ (H.)	Physique.
DESOILLE	— Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FÈVRE	Pathologie chirur-gicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirur-gicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médi-cale.
Mlle GAUTHIER- VILLARS	Anatomie patholo-gique.

MM.	
DE GENNES	Pathologie mé-cale.
JOANNON	Hygiène
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAVIER	— Parasitologie.
LELONG	Pathologie mé-cale.
LEMAIRE	Pathologie expé-mentale.
LENEGRE	— Pharmacologie.
Mlle J. LEVY	Pathologie mé-cale.
MARCHAL	Pathologie chir-gicale.
MENEGAUX	Pathologie mé-cale.
MOILLARET	Pathologie mé-cale.
MOUQUIN	Pathologie chir-gicale.
PATEL	Ophthalmologie.
RENARD	Physiologie.
RENARD	Pathologie chir-gicale.
RICHET	
SICARD	Pathologie mé-cale.
SOULIE	Obstétrique.
SUREAU	Pathologie mé-cale.
TURPIN	Pathologie chir-gicale.
WILMOTH	Pathologie mé-cale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirur-gicale.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirur-gicale.

MM.	
HUGUENIN	Anatomie Patho-gique.
LE LORIER	— Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
LAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgi- cale.
ERULE		GATELLIER ...	
LAROCHE Guy		de GAUDART	
MOREAU		d'ALLAINES .	
SEZARY		MOULONGUET	
		MOURE	

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
N...	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N...	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecoie a arrêté que les opi-
nions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être consi-
dérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MA GRAND' MERE

*Bien faible témoignage de ma
grande affection.*

A MES PARENTS

*Qu'ils trouvent ici l'expression de
ma profonde reconnaissance pour
tous les sacrifices qu'ils se sont im-
posés.*

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MATHIEU

Professeur de clinique chirurgicale orthopédique

*Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur de présider cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARD

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous a suggéré cette étude.
Avec nos remerciements pour les
conseils qu'il nous a prodigués.*

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE PARIS ET DE POITIERS

INTRODUCTION

On a bien souvent remarqué que le malade atteint d'une affection osseuse ou ostéo-articulaire éprouve le besoin de rechercher dans les antécédents de sa maladie un traumatisme plus ou moins violent; le traumatisme minime et répété passe presque toujours inaperçu à ses yeux car il fait bien souvent partie de ses gestes usuels.

Il est évident que ceci n'aurait qu'une importance toute relative s'il n'y avait qu'une satisfaction personnelle, mais la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail oblige à étudier la question de beaucoup plus près.

Au cours d'un stage que nous avons fait à l'Hôpital Raymond-Poincaré, de Garches, le Docteur André RICHARD nous a suggéré l'idée de ce travail.

Nous avons eu alors un immense champ d'expériences. En effet, en interrogeant les malades, nous avons très souvent relevé dans leurs antécédents un traumatisme.

Dans cette étude, nous essaierons d'exposer quelques observations recueillies presque en totalité dans ce service.

Nous ne nous proposons pas de démontrer que le traumatisme est la cause des tuberculoses ostéo-articu-

lares, nous voulons essayer de mettre en valeur le rôle localisateur du traumatisme, soit chez un tuberculeux en évolution, soit chez un tuberculeux ignoré ou ancien.

Dans un premier chapitre, nous passerons rapidement en revue ce qui a été déjà fait sur cette question.

Dans un deuxième chapitre, nous dirons quelques mots sur la pathogénie et la clinique.

Dans un troisième chapitre, nous exposerons nos observations que nous discuterons.

A la fin de ce travail, nous tirerons les conclusions de ce que nous avons observé.

HISTORIQUE

Comme nous l'avons déjà dit dans l'introduction, le public a coutume d'attribuer les affections osseuses ou ostéo-articulaires à un traumatisme antérieur. Au cours des dernières guerres, cette question s'est posée pour l'attribution de pensions et, de nos jours, par suite du standard de vie moderne entraînant de fréquents accidents, de nombreux litiges existent entre les accidentés et les diverses sociétés d'assurances.

Dépuis très longtemps, la question a été étudiée et dans la littérature nous trouvons un cas très ancien de tuberculose pulmonaire survenant à la suite d'un traumatisme. C'est Hérodote qui nous le décrit : « Pharnuches, général de cavalerie du Roi Xerxès, fut retenu à Sardes par une maladie que lui avait occasionné un accident fâcheux pendant que l'armée partait de cette ville. Son cheval, effrayé par un chien qui arrivait à l'improviste entre ses jambes, se dressa et le jeta à terre. Pharnuches vomit le sang et tomba dans une maladie qui dégénéra en phtisie ».

On reste de très longues années sans rien trouver sur la question et ce n'est qu'en 1792 que PORTAL publie sur ce sujet.

En 1876, PEROUD fait les premiers rapports sur la

tuberculose pulmonaire et ses relations avec le traumatisme.

En 1887, des expériences de Max SCHULLER modifient les conceptions sur la pathologie de la tuberculose traumatique. Il tuberculise des lapins par des injections intratrachéales de produits empruntés à l'homme sous forme de crachats et de tissus caséeux, puis il pratique des torsions articulaires. Au bout d'un certain laps de temps, il voit apparaître des ostéo-arthrites.

Nous noterons que lors de ses expériences, le bacille tuberculeux n'était pas encore trouvé, ce qui fait qu'il inoculait ses animaux avec des associations microbiennes et non avec des cultures pures.

En 1882, le bacille de KOCH est découvert.

En 1898, MM. ACHARD et LANNELONGUE refont les expériences de Max SCHULLER avec des cultures pures. Leurs résultats ont été négatifs car ils n'ont jamais obtenu de tumeurs blanches.

En 1902, le professeur THOINOT publie un traité sur « Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique ».

En 1904, PETROW étudie la question et les résultats de ses expériences peuvent se résumer ainsi : des bacilles tuberculeux peuvent exister à l'état latent dans les épiphyses des lapins tuberculisés. Les traumatismes légers sont sans action, mais les traumatismes violents pratiqués avant la tuberculisation peuvent engendrer des lésions articulaires.

En 1905, au XX^e Congrès de Chirurgie, la question est à l'ordre du jour et JEANBREAU présente alors un cas-

type d'ostéo-arthrite tuberculeuse révélé par un traumatisme chez un malade de Thierry qui, à la suite d'une contusion du poignet, présente un gros œdème. La radio révéla des lésions qui, alors de la résection, furent reconnues exactes.

En 1911, RIBERA Y SANS fait de nombreuses expériences à ce sujet. Sur 606 cas opérés, il n'en retient que 141, à qui il accorde un crédit aux antécédents et 64 seulement sont indiscutables. D'après ses expériences qui ont eu lieu sur le cobaye et le lapin, il conclut que les injections sous-cutanées, intra-musculaires et intra-péritonéales d'une culture pure de bacille tuberculeux n'engendrent pas de tuberculose de l'articulation qui a subi un trauma. Il lui semble que la tuberculose expérimentale serait plus difficile à obtenir que la tuberculose articulaire par suite de la défense qu'opposerait la synoviale. Toujours d'après lui, la moelle osseuse renfermerait des bacilles de Koch, le trauma réaliserait des conditions nécessaires et suffisantes pour réveiller la vitalité du bacille, la baisse de résistance des tissus entraînerait des lésions qui n'existeraient pas sans le trauma.

La guerre alors survient et l'on note la rareté des évolutions tuberculeuses, surtout pulmonaires, à la suite des contusions ou de plaies pénétrantes.

De nombreuses thèses paraissent alors sur la question : DALFIER (1917), TRIAMI (1919), LEROY (1920).

En 1925, L'ANGLESIO, à Budapest, a infecté expérimentalement des lapins et des cobayes avec des bacilles humains; il trouva que le germe pouvait se trouver dans le foyer de fracture sans pouvoir noter des lésions macroscopiques nettement décelables dans certains cas.

Nous ferons remarquer que l'expérimentation n'est pas en parfait accord avec la clinique, car l'animal que l'on a traumatisé après injection de bacille tuberculeux est alors en pleine septicémie, tandis que chez l'homme il en est tout autrement, ce dernier ayant très souvent subi une atteinte première qui l'a mis en état d'allergie.

En 1928, on relève dans les « Annales de Médecine Légale » un cas d'ostéo-arthrite publié par Louis DESCLAUX, de Nantes; une jeune fille subit une torsion de l'avant-bras; elle ressent une vive douleur dans le poignet gauche. Œdème considérable. Six semaines après, une radio montre des lésions tuberculeuses importantes.

En 1925, PHILIBERT et CORDEY obtiennent par réinoculation tuberculeuse sur une articulation traumatisée une arthrite; malheureusement, ils n'eurent qu'un seul cas sur 5 lapins inoculés.

En 1931, ROBINEAU, dans le « Bulletin officiel de la Société de Médecine légale en France », relate le cas d'un jeune homme qui fit une chute violente sur le genou, douleur amenant l'hospitalisation. Gros hématome qui dura deux mois. L'examen direct montra la présence de cellules géantes et un an plus tard il se développa une tumeur blanche.

En 1933, P.-J. TRUDEL a obtenu 70 % de tuberculose osseuse sans fracture chez le lapin après injection de l'artère nutritive de l'os.

En 1936, A. BOQUET et R. LAPORTE ont réussi à produire avec de très petites doses du type bovin très virulent des lésions osseuses au niveau des épiphyses.

En 1936, SERGENT étudia la question.

En 1939, HABERLAND termine ses travaux en notant qu'une tuberculose osseuse latente peut se manifester par un traumatisme.

L'établissement d'une bibliographie complète nous paraît presque impossible car le problème est très important et a été souvent étudié. La divergence des opinions nous montre que la question n'est pas encore nettement élucidée.

P A T H O G E N I E

Comment le traumatisme peut-il amener une ostéite ou une arthrite tuberculeuse ? Par quel mécanisme ?

Tout d'abord, il est naturel de penser au choc et à la perturbation dans l'organisme qu'il amène chez tout individu.

Il est indéniable en effet que l'on constate chez un blessé un affaiblissement des forces, quelquefois même l'immobilisation; le repos amène une baisse de la résistance du sujet; mais la difficulté réside dans le fait d'expliquer pourquoi le bacille tuberculeux se localise plus facilement à cet endroit qu'en un autre lieu et de pouvoir penser que sans le trauma la lésion n'aurait pas évolué.

On sait à l'heure actuelle que presque tous les individus, pour ne pas dire tous, ont, durant une période de leur existence, été infectés par le bacille de Koch. Heureusement pour la majorité des sujets, cette inoculation ne détermine que peu de phénomènes locaux et généraux, passe sous silence et la cicatrisation de cette lésion initiale est la règle. C'est la tuberculose abortive décrite par BARD.

Il est admis par tout le monde que ces foyers sont très nombreux et que leur nombre va en croissant avec

l'âge. On reconnaît que très peu d'individus sont exempts de semblables lésions.

Différentes expériences ont démontré que le sang des tuberculeux charrie des bacilles de Koch; il faut reconnaître qu'ils sont en très petit nombre: LOWENSTEIN, au cours de ses expériences, a trouvé le B. K. dans 70 % des cas chez des malades atteints d'affection tuberculeuse.

Nous savons que lorsqu'un trauma se produit en un point quelconque de l'individu, on note en premier lieu l'attrition des tissus et, chose non moins importante, un épanchement sanguin. On remarquera que bien souvent dans un choc minime, l'épanchement sanguin peut passer inaperçu bien qu'existant réellement. Des auteurs ont démontré que ce dépôt de sang à l'intérieur des tissus constituait un excellent milieu de culture. De plus, dans les tissus traumatisés, des phénomènes locaux se produisent immédiatement après le trauma. On note alors à ce niveau une zone de stupeur locale; des phénomènes circulatoires, vaso-dilatateurs et nerveux se produisent en même temps. Toutes ces réactions seraient favorables à une pullulation microbienne. En effet, il n'est pas rare de voir des phénomènes d'infection se développer au niveau d'une plaie; cette explosion microbienne serait facilitée par la destruction des cellules, amenant alors une paralysie, une stupeur, de la défense phagocytaire.

Il existe une théorie en rapport avec les faits notés précédemment. En effet, en admettant que le bacille tuberculeux circule dans le sang, si un traumatisme en se produisant lésait un vaisseau, le bacille de Koch serait

alors libéré dans les tissus et pourrait se fixer à ce point qui est devenu un lieu de moindre résistance et donnerait naissance alors à une tuberculose évolutive. Cette théorie est séduisante, mais l'expérimentation lui semble peu favorable. A la suite des travaux de PETROW, qui remarqua la présence du bacille de Koch dans les épiphyses, une théorie est née émettant l'idée que le trauma libérerait les bacilles qui, bénéficiant de la baisse de résistance des tissus, favoriseraient le développement d'une lésion articulaire ou osseuse. Ces bacilles proviendraient d'embolies microbiennes, se fixant de préférence dans l'os spongieux. Ces colonies auraient une vie éphémère et seraient destinés à périr sur place; mais si l'une d'elles, à la suite de circonstances favorables, se trouvait dans un milieu propre à sa pullulation, elle déclencherait alors l'invasion de son lieu d'élection. Ceci tendrait à démontrer que sans le trauma, la lésion, s'il y avait lésion, si minime soit-elle, n'aurait pas évolué.

D'une manière générale, il est très difficile à l'heure actuelle, de se faire une opinion car si l'on a pu prouver la bacillémie, on n'a pas encore pu fixer d'une façon certaine le bacille tuberculeux dans un endroit déterminé.

ETUDE CLINIQUE

Comme nous l'avons déjà dit dans un chapitre précédent, pour une semblable étude, l'interprétation personnelle joue un très grand rôle; il est malheureusement hors de doute que l'on ne peut pas toujours scientifiquement contrôler l'exactitude du traumatisme et que presque toujours l'on est obligé de s'en rapporter aux dires du malade, car il arrive bien souvent que ce dernier est examiné lorsque toutes traces visibles ont complètement disparues.

Il peut se produire deux sortes de traumatismes. En effet, on peut avoir le traumatisme avec plaie ouverte ou bien la simple contusion plus ou moins violente mais avec les tissus intacts.

1° TRAUMATISME AVEC PLAIE.

On a vu des cas où, à la suite d'un traumatisme, lorsque le B. K. est mis en contact direct avec les tissus mortifiés, la tuberculose se soit développée. La souillure peut avoir été faite par le malade lui-même ou provenir du milieu extérieur. En général d'ailleurs, on a remarqué que ce sont des tuberculoses cutanées qui se développent de préférence en ces cas là.

On a réussi à les reproduire expérimentalement.

Dans la vie courante, de tels exemples ont été cités chez des chirurgiens à la suite de piqûres anatomiques, des lingères, des garçons bouchers qui peuvent se trouver être amenés à manipuler des viandes tuberculeuses.

2° TRAUMATISME SANS PLAIE.

On a remarqué que c'est à la suite de traumatisme fermé que, le plus souvent, les tuberculoses osseuses et ostéo-articulaires se sont développées. On a longuement discuté pour savoir si la violence du traumatisme jouait un rôle dans l'évolution de ces lésions.

ROBINEAU souligne la fréquence des traumatismes minimes en de semblables cas. « La rareté du grand traumatisme comme origine de la tuberculose est profondément impressionnante. » Les opinions à ce sujet sont très diverses; il semble bien que le traumatisme minime mais répété a une action très favorable sur l'évolution. Dans les malades que nous avons eu l'occasion de voir à l'Hôpital Raymond-Poincaré de Garches, nous avons noté des traumatismes de toutes sortes et plus ou moins violents. Il ne semble pas que le traumatisme en lui-même, c'est-à-dire la nature du traumatisme, joue un grand rôle.

A. — *Lieu d'élection du traumatisme.*

Tout d'abord, on a remarqué que le traumatisme était beaucoup plus fréquemment invoqué chez l'homme et l'enfant que chez la femme. C'est une constatation nor-

male, car ces deux derniers, par leur genre de vie, sont beaucoup plus exposés aux chocs que la femme. Chez l'enfant, les parents invoquent souvent le trauma comme point de départ d'un mal de Pott ou d'une coxalgie. « Il est tombé », disent-ils — mais un enfant normal tombe de nombreuses fois par jour au cours de ses jeux ou sports; il faut être très prudent avant d'ajouter foi à cette étiologie. Il faut vraiment un traumatisme important bien localisé et constaté pour l'incriminer dans l'évolution d'une lésion au même siège. La place de choix revient sans contestation au genou, qui entre pour environ 40 % des tuberculoses traumatiques.

Puis c'est, dans l'ordre décroissant de fréquence que nous avons observé : les articulations tibio-tarsiennes; très souvent, en effet, à la suite d'une entorse, de préférence chez les jeunes, les sportifs en particulier; les localisations vertébrales. Nous noterons en passant que les Américains, à la suite des travaux de L. A. SAYRE, ont une tendance à considérer le mal de Pott comme ayant bien souvent un point de départ traumatique. L'articulation coxo-fémorale, bien qu'étant assez exposée, ne vient qu'en troisième place.

Puis nous avons noté après les articulations radio-carpiennes, tarsiennes et métatarsiennes. Nous citerons seulement pour mémoire que l'on a signalé des lésions des autres articulations telles que : carpiennes, acromio-claviculaires, sterno-claviculaires. Au sujet des ostéites tuberculeuses, les plus fréquentes ont été signalées comme siégeant à l'extrémité supérieure du tibia; nous citerons d'ailleurs plus loin sur ce cas une observation de Roux, lésion due à un traumatisme minime, mais répété.

B. — *Rapport dans le temps entre le trauma et la lésion.*

On a beaucoup discuté sur l'intervalle de temps entre le traumatisme et l'apparition des lésions. Pour la majorité des auteurs, l'intervalle irait de quinze jours à plusieurs années.

En effet, pour CONNEAU et LANDOUZY, il serait de l'ordre de 10 à 15 jours.

Pour ROBINEAU qui, lui-même, partage l'opinion de CUNEO et JEANBREAU, la durée de l'espace libre suivant l'évolution aiguë ou chronique varierait de 1 à plusieurs mois.

Pour MAUCLAIRE, ce serait de l'ordre de cinq à six semaines.

MÉNARD étend l'intervalle libre jusqu'à des années après le traumatisme.

Par suite, on voit que les idées sur ce point-là ne sont pas toutes à l'unisson. D'une manière générale, d'après ce que nous avons pu voir, nous pensons que l'intervalle libre peut varier de quelques semaines à plusieurs mois et même à des années, surtout lorsqu'il s'agit de lésions vertébrales. Il faut en effet penser qu'une lésion peut rester longtemps osseuse avant de devenir articulaire et que pendant tout ce temps elle reste parfois tout à fait silencieuse. Evidemment, bien souvent après un laps de temps aussi long on aura beaucoup de difficultés à retrouver le traumatisme initial qui, bien souvent, pour le malade et son entourage, aura passé dans le domaine de l'oubli.

Dans les antécédents personnels des malades, nous

n'avons quelquefois trouvé rien d'anormal, pas de lésions, du moins reconnues auparavant. Souvent dans les antécédents familiaux, nous avons noté soit des imprégnations tuberculeuses, soit des tuberculeux avérés.

Dans la majorité des cas nous avons eu affaire à un tuberculeux reconnu, soigné ou ayant été soigné dans les mois ou les années précédentes, mais qui, depuis, n'avait fait aucune poussée évolutive.

Nous signalerons aussi une chose qui nous a frappé au cours de notre étude, c'est le nombre de malades ayant présenté une pleurésie quelque temps auparavant et qui, après guérison et reprise d'activité normale, font à la suite d'un traumatisme, une tuberculose ostéo-articulaire.

De plus, nous avons remarqué aussi la présence d'épanchements sanguins survenant à la suite de traumatismes jouant un rôle causal dans l'évolution des arthrites tuberculeuses. Cet épanchement, comme nous l'avons déjà exposé, serait un excellent milieu de culture favorable à la pullulation du bacille de Koch.

En résumé, dans presque tous les cas que nous avons observés, la maladie évolue en 3 périodes :

1° Au début, nous avons évidemment tous les symptômes provoqués par un traumatisme : douleur, hématome, ecchymose, impotence fonctionnelle plus ou moins marquée.

La durée de cette période dépend de la violence du traumatisme et aussi du lieu d'élection du sévice.

2° Dans une deuxième période, les symptômes s'amentent; souvent, ils disparaissent complètement; quelque-

fois, il reste une simple gêne fonctionnelle qui, malgré tout, a permis la reprise du travail.

3° La troisième période est caractérisée ar la réapparition des symptômes; la douleur augmente à la fatigue, les mouvements deviennent douloureux et, peu à peu, l'impotence fonctionnelle s'installe. Là lésion est alors en pleine évolution et à ce stade là la radio nous est d'un grand poids pour le diagnostic.

OBSERVATIONS

L'observation suivante a été rapportée par Roux dans la *Revue de la Tuberculose*, en 1933.

S. L., sœur catholique, 34 ans.

La malade a présenté en décembre 1928 une pleurésie exsudative qui a duré six semaines.

En janvier 1931 : péritonite tuberculeuse, forme ascitique et annexielle. Laparotomie le 8 février 1931, qui affirme le diagnostic. On ne peut enlever les annexes qui forment avec l'utérus une masse compacte soudée au rectum et au bassin. Brassage iodoformé. Deux mois de lit.

Amélioration lente, disparition de l'ascite mais statu quo gynécologique.

Notre religieuse, institutrice, s'agenouille sur un prie-Dieu deux à trois fois par jour pendant une heure.

Dès juillet 1932, elle ressent en s'agenouillant une douleur sourde et progressive sur la tubérosité antérieure du tibia droit, au-dessous de l'insertion du ligament rotulien ; peu à peu, cet endroit devient le siège d'une tuméfaction cutanée.

3 novembre 1932 : genou droit normal, mais sur le tibia, juste au-dessous de l'insertion du ligament rotulien, on constate une tuméfaction bien délimitée, telle une bursite, de consistance ferme, non fluctuante, très douloureuse.

La radiographie montre à ce niveau, sous la corticale antérieure du tibia, une lacune osseuse ovale,

Diagnostic : ostéite tuberculeuse du tibia ayant perforé la corticale en bouton de chemise sous la peau.

Opérée le 3 novembre 1932. Excision des masses caséuses sous-cutanées qui communiquent par un canal dans le foyer osseux qu'on abraze au ciseau. Guérison per Primam.

Discussion. — Cette métastase osseuse paraît avoir été provoquée par la stase sanguine, soit par la compression locale exercée par l'agenouillement quotidien et répété.

La relation de cause à effet paraît résider dans la localisation tuberculeuse osseuse anormale, au siège d'un traumatisme assez localisé et précis. On peut objecter l'unilatéralité de la lésion et le fait que d'autres religieuses tuberculeuses ne font pas cette localisation; ces objections nous paraissant excessives, on peut se rappeler qu'ici nous sommes en présence d'une tuberculose avérée et évolutive.

Les observations suivantes ont toutes été recueillies à l'Hôpital Raymond-Poincaré de Garches, dans le service du Docteur RICHARD. Certains de ces malades sont même encore en traitement dans cet hôpital.

OBSERVATION N° 1

R... Alfred, chauffeur, 34 ans.

On ne relève rien de particulier dans ses antécédents personnels et familiaux.

En mars 1937, le malade fait une chute à la suite d'une violente bousculade et tombe sur le bord de la chaussée; production

d'un gros hématome dans la région trochantérienne droite. La douleur dure quelques jours, puis disparaît. On a fait des pansements humides et des massages.

En juin 1937, les douleurs réapparaissent. Les mouvements sont limités, adduction de 20 à 25°.

On note un empâtement rétro-crural sans ganglions isolés, douleur assez vive à la pression de la tête; net raccourcissement de 1 cm.

On fait une radio qui montre une décalcification de la tête fémorale dans sa partie supéro-externe. Boursoufflures dans la partie supér-oexterne. Mise en plâtre en Bivalve.

Est envoyé à l'hôpital de Berk.

On lui fait au début 1939 un arthrodèse de hanche par pont-levis. Mise en appareil plâtré. Excellent résultat opératoire.

Discussion. — Nous remarquons que l'on trouve chez ce malade aucun antécédent bacillaire personnel ou familial; un traumatisme violent avec un gros hématome. Tous les symptômes s'amendent rapidement et nous notons alors que les premiers signes d'arthrite tuberculeuse apparaissent nettement 4 mois après. Nous pensons qu'ici le rôle du traumatisme est net dans cette localisation.

OBSERVATION N° II

T... Charles, chauffeur, 41 ans.

Antécédents familiaux : 1 enfant mort de méningite tuberculeuse; 1 frère mort de tuberculose pulmonaire. Rien dans les antécédents personnels.

Le 8 décembre 1940 : le malade fait une chute dans une trappe d'une hauteur de 2 mètres. Cette chute a entraîné une abduction

forcée du membre inférieur gauche. Le malade ne ressent sur le coup qu'une douleur moyenne; le lendemain, à la suite de la marche, il ressent une douleur violente à la hanche gauche.

La cuisse gauche se présentait alors en flexion, abduction et rotation externe; on pense alors à une fracture du sourcil cotyloïdien, mais une radio élimina ce diagnostic.

Puis les douleurs s'atténuent.

Mais au début de 1941, les douleurs réapparaissent; il est mis en plâtre le 5 mars 1941. Le Docteur RICHARD l'examine le 2 avril 1941; à la radio, lésions très nettes de la tête fémorale; le diagnostic de coxalgie est porté.

Arthrodèse le 3 juillet 1941.

Discussion. — On se trouve dans ce cas en présence d'un traumatisme particulièrement violent chez un malade en parfait état de santé auparavant; il est vrai que de par ses antécédents familiaux, il avait eu des contacts suspects. Nous noterons la rapidité de l'évolution des symptômes..

La coïncidence entre le début de la coxalgie et le traumatisme est troublante.

Le traumatisme a-t-il localisé une bacillose ignorée ou a-t-il révélé une coxalgie préexistante et évoluant jusque-là à bas bruit ?

OBSERVATION N° III

Mlle D... Yvonne, 17 ans.

Antécédents familiaux : rien à signaler.

Antécédents personnels : rougeole, coqueluche, dans l'enfance typhoïde à 7 ans.

En mai 1939, la malade fait une chute dans l'escalier. On note

alors un volumineux œdème. La malade ressent des douleurs à la marche, vives vers le soir et calmées par le décubitus. Le médecin traitant ordonne 8 jours de repos et une séance d'électricité. Mais aucun résultat. Un médecin consultant est appelé qui demande l'ablation d'un ménisque. En même temps, on fait une synovectomie.

Les douleurs persistent légèrement à la marche et un jour, en s'asseyant brusquement, elle sent un craquement au niveau de son genou, qui gardait toujours un certain gonflement, augmentant à la fatigue.

Durant l'été 1940, la malade se fatigue beaucoup.

A la suite d'une radio, on met en plâtre.

Entre dans le service en novembre 1940.

A l'examen, genou globuleux, méplats effacés. Impotence fonctionnelle importante, atrophie assez marquée de la cuisse.

Gros ganglion rétro-crural. Pas de ganglions inguinaux, augmentation de volume du genou.

Réplétion de la partie supérieure du creux poplité.

Chaleur locale.

Douleur sur toute la face interne du genou et plus particulièrement sur la partie antéro-interne de l'épiphyse tibiale supérieure.

A la radio : décalcification de l'épiphyse tibiale supérieure correspondant nettement au point douloureux.

En mai 1941 : résection du genou ; lésions nettement localisées au plateau tibial.

Discussion. — Nous avons ici un traumatisme survenant chez une malade sans passé bacillaire. On a une évolution subaiguë, car ce n'est que plus d'un an après que les premiers symptômes nets d'arthrite tuberculeuse apparaissent; nous notons entre temps l'ablation de la synoviale.

Evidemment, en ce cas, le rôle localisateur est beaucoup plus discutable que dans les deux cas précédents.

OBSERVATION N° IV

J... Jean, 40 ans, manutentionnaire.

Antécédents familiaux : néant.

Antécédents personnels : en 1940, tuberculose péritonéale avec participation pleurale à gauche.

Le 22 septembre 1941, le malade reçoit un choc violent avec une barre de fer. Le lendemain, le poignet est augmenté de volume et douloureux. Le médecin d'usine lui donne quelques jours de repos.

Il reprend son travail, mais il ressent toujours une gêne au poignet qui reste légèrement douloureux.

Est hospitalisé à Cochin en décembre 1941.

Mis en plâtre.

En février 1942, apparition d'un abcès sous le plâtre. Ponction de l'abcès.

Entre à Garches au mois de mars 1942.

Examen : gonflement important de la région dorsale du carpe. Les mouvements de l'articulation sont limités. On trouve un gros ganglion axillaire.

A la radio : lésions osseuses bord antérieur du radius et du semi-lunaire, grand os, os crochu, le trapèze et le trapézoïde semblent atteints eux aussi. Grosse réaction de la gaine des fléchisseurs.

Opéré le 10 mars 1942 : incision au lieu d'élection. On trouve un vaste décollement sous-cutané, énormes lésions, synoviales épaissies. Les lésions de la radio sont confirmées. Paquets de fongosités qu'on enlève à la curette.

Fermeture totale.

Discussion. — En résumé, nous avons : un traumatisme violent chez un malade ayant déjà eu des lésions tuberculeuses. Le choc semble avoir ici entraîné des lésions telles que : hématome, ecchymoses.

Les lésions apparaissent trois mois après le trauma; il semble que nous pouvons conclure ici à une tuberculose localisée, par un traumatisme, chez un sujet ayant présenté récemment une poussée de tuberculose pleuro-péritonéale.

OBSERVATION N° V

A... André, 17 ans, tourneur.

On ne trouve rien de particulier dans ses antécédents personnels, mais son père est mort de tuberculose pulmonaire.

En avril 1941, le malade se prend le poignet dans un tour : douleur qui disparaît au bout de quelques jours, mais pas d'arrêt de travail.

Trois semaines plus tard, une masse fluctuante apparaît au niveau du poignet. Ponction. On trouve des bacilles tuberculeux dans le pus.

Un mois plus tard, apparition d'un nouvel abcès qui est ponctionné à son tour.

Examen : articulation mobile, indolore.

Radio : ostéite de l'extrémité inférieure du radius.

31 mars 1941 : incision, évidemment, foyer osseux abrasé au ciseau. Guérison per Primam.

Discussion. — Malade ayant seulement eu un contact avec un tuberculeux comme antécédent; faisant une ostéite du radius à la suite d'un traumatisme. Les lésions apparaissent un mois après; évidemment, le laps de

temps est court, mais le fait que la lésion coïncide bien avec le lieu du choc, l'articulation étant indemne, nous incite à penser à une tuberculose localisée par ce dernier.

OBSERVATION N° VI

Mme S... Jeanne, 60 ans.

Aucun antécédent à signaler.

Pendant l'exode de juin 1940, la malade fait une violente chute sur la colonne vertébrale à la suite d'une glissade sur les talons.

A la suite de ce traumatisme, apparition de douleurs lombaires discontinues au début, puis continues qui se calment par le repos.

Entre dans le service le 14 janvier 1942.

Il y a deux mois, épisode grippale et apparition d'un volumineux abcès lombaire gauche.

Depuis trois semaines, apparition d'un autre abcès situé sous la pointe de l'omoplate.

Examen le 24 avril 1942 : péritonite tuberculeuse avec météorisme important et très peu de liquide.

A la radio : pincement du disque L2-L3 avec destruction de la partie supérieure de L3. Enorme abcès médiastinal venant d'un autre foyer pottique D4-D5.

Ponction : recherche de B. K. positive.

Discussion. — A la suite d'un traumatisme, on note l'apparition du mal de Pott 18 mois après. Ce laps de temps concorde bien avec ce que pensent certains auteurs, pour qui les lésions vertébrales vont jusqu'à reconnaître un intervalle libre de plus de deux ans. Dans cette observation, il est assez difficile d'affirmer ou de nier le rôle localisateur; on ne peut que constater les faits chez une malade sans antécédents bacillaires.

OBSERVATION N° VII

R... Georges, 19 ans, manœuvre.

Antécédents collatéraux : père mort de tuberculose pulmonaire ; mère bien portante mais remariée avec un tuberculeux. Le malade vit avec sa famille.

Antécédents personnels : à 13 ans, a présenté une adénopathie cervicale.

Le 26 août 1941, le malade fait une chute de vélo à la suite d'un télescopage avec un camion ; il est projeté à terre ; on le conduit à l'hôpital Vaugirard, où l'on a fait le diagnostic de contusion du pied. Le malade peut rentrer chez lui, mais comme la douleur persiste, il va consulter à Boucicault où l'on fait une radio, qui montre une fracture du 5^e métatarsien. On le met au repos.

Puis reprend son travail, mais les douleurs persistant, il est hospitalisé à nouveau.

La radio montre une décalcification de l'interligne tarso-métatarsien et du tarse présentant tous les caractères d'une tuberculose osseuse.

Botte plâtrée.

Température oscillante le matin et le soir.

Le 2 février, des douleurs intenses au niveau du cou de pied empêchent le sommeil ; on enlève alors la botte et l'on trouve un abcès froid dans la région de la malléole externe. On ponctionne deux fois cet abcès.

Entre alors à Garches le 14 février 1942.

On opère le 8 avril 1942.

Désarticulation du cou de pied avec abrasion des malléoles et conservation d'une coque calcanéenne. Ligature systématique des pédicules. Il existe un vaste décollement sous-cutané à la face interne de la jambe.

Ablation d'un volumineux ganglion inguinal gauche.

Discussion. — Histoire typique du traumatisme fermé avec fracture constatée du 5° métatarsien qui, après une période d'amélioration, s'aggrave et se manifeste par un abcès froid face externe arrière du pied et semble montrer sur la radio des lésions du cuboïde. Donc, traumatisme localisateur chez un malade ayant présenté une adénite cervicale et ayant des antécédents familiaux.

OBSERVATION N° VIII

G... Jeanne, 38 ans.

Antécédents collatéraux : nous n'avons relevé rien de particulier.

Antécédents personnels : néphrectomie pour tuberculose rénale en 1937.

En octobre 1941, la malade fait une chute violente dans un escalier. A la suite de ce trauma, elle ressent des douleurs dans la région lombaire : ces douleurs s'estompent peu à peu et sont calmées par le repos.

Les douleurs réapparaissent plus violentes en février ; elle vient consulter à l'hôpital Necker, à la consultation du Docteur RICHARD. A la suite de cet examen, elle est hospitalisée à Garches.

A l'examen, on note : douleurs lancinantes dans le mollet et s'exaspérant à la marche ; tout le membre inférieur est le siège de fourmillements. On remarque une nette gibosité au niveau de L1-L2.

A la radio, il existe un pincement du disque situé entre L1-L2. Pas d'abcès.

On fait une greffe d'Albee en avril 1942.

Discussion. — En résumé : malade ayant passé nettement bacillaire qui a subi un violent traumatisme. Nous

remarquerons ici la brièveté du temps s'écoulant entre le trauma et l'apparition des lésions.

Nous pensons qu'ici le trauma a joué nettement un rôle localisateur.

OBSERVATION N° IX

J... Paule, 20 ans.

Antécédents collatéraux :

- 5 frères morts de méningite tuberculeuse, tous avant l'âge de 3 ans;
- 2 sœurs sont actuellement dans un préventorium;
- 1 frère en bonne santé, mais ayant un enfant bacillaire.

Antécédents personnel : rougeole, oreillons, R.A.A.

En 1938, la malade fait une chute violente en tombant d'un arbre. Elle ressent aussitôt de violentes douleurs, un gros hématome apparaît. Le diagnostic de fracture de l'olécrâne du cubitus à droite est porté. La radio le confirme.

En avril 1939 : apparition d'un abcès au niveau du coude droit. L'abcès est ponctionné, mais on ne peut empêcher qu'il se fistulise.

La fistule se ferme en octobre 1939. Période d'amélioration mais toujours douleurs.

En juillet 1940 : réapparition d'un abcès à la face externe du coude.

On fait un grattage de l'os en septembre, qui n'amène que peu de résultats, de nouveaux abcès surviennent.

La malade entre à Garches en janvier 1941.

Elle présente alors un coude droit poly-fistuleux. B. K. dans le pus. La résection est faite en avril 1941.

Discussion. — On note ici un traumatisme chez une malade ayant des antécédents familiaux très chargés, qui a occasionné une fracture de l'olécrâne avec apparition d'abcès trois mois après, qui se fistulisent. L'évolution a été longue et a nécessité une résection du coude.

Le rôle du traumatisme en tant qu'agent localisateur nous semble ici très probable.

OBSERVATION N° X

L... Paul, 19 ans. Employé de commerce.

Antécédents personnels et familiaux : rien de particulier à signaler.

En mars 1940, le malade fait une chute dans le métro, avec torsion du pied gauche; douleur assez violente qui disparaît.

Au début d'avril, apparaît une tuméfaction au niveau de la malléole interne gauche. La marche devient si douloureuse que peu à peu elle entraîne le repos absolu. On fait alors deux ponctions sans résultat.

Mis en plâtre de fin avril à juillet 1940.

Après l'ablation du plâtre, la marche est reprise, mais le malade ressent toujours une légère douleur à la marche et il persiste un œdème du cou de pied.

En février 1941, les douleurs s'accroissent de plus en plus et la cheville devient violacée et chaude. Un abcès apparaît; on le ponctionne. Mais on ne peut empêcher la fistulisation en mars 1941.

Examen radiologique montre : lésion tuberculeuse certaine, à point de départ du dos de l'astragale, avec réaction périostée puis synoviale. Envahissement de l'articulation tibio-tarsienne.

Opéré le 6 novembre.

Libération systématique de tous les ligaments de l'astragale.

Synostose calcanéo-astragalienne. Ablation de l'astragale en trois morceaux. Malléole et pilon tibial sains.

On a été obligé de réintervenir car il existait une petite fistule résiduelle provoquée par une géode avec séquestre à la base de la malléole interne avec réaction périostée.

Discussion. — Malade sans antécédent bacillaire qui a fait une tuberculose où le rôle localisateur du traumatisme semble évident.

OBSERVATION N° XI

M... Louis, 30 ans, manœuvre.

Rien à signaler dans ses antécédents familiaux.

En 1940, le malade a présenté une adénite cervicale qui a fistulisé.

Le 3 janvier 1942, le malade subit un violent traumatisme. Un tonneau lui roule sur la jambe et le pied gauches. Le malade continue son travail malgré des douleurs, jusqu'au 5 janvier, mais la marche était devenue impossible.

Est hospitalisé à Tenon, puis à Saint-Louis fin janvier.

On ponctionne 2 ou 3 fois un abcès de la partie inférieure de la jambe gauche.

En mars 1942, on fait un curettage de l'extrémité inférieure du tibia. La cicatrice suppure. Le malade reste un an à l'hôpital de Bobigny.

Entre en mars 1943 à Garches.

Actuellement, il persiste une suppuration minime par la cicatrice.

Il existe un petit abcès fluctuant au niveau de la malléole interne.

L'extrémité inférieure du tibia est légèrement douloureuse. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont indolores.

Pas de ganglions rétro-cruraux.

Ostéite juxta-articulaire de la base de la malléole gauche. Plusieurs cavités reconnues au stylet. Sensation de sucre mouillé typique.

Traitement : abraser largement, laisser ouvert.

Discussion. — Ce malade a présenté deux ans avant le traumatisme une adénite cervicale; le choc entraîne une impotence fonctionnelle; puis il se produit un abcès et l'examen montre une ostéite juxta-articulaire de la malléole gauche.

Il est naturel de penser à l'influence du traumatisme sur l'éclosion de cette ostéite chez un sujet à localisation tuberculeuse ganglionnaire reconnue.

OBSERVATION N° XII

F... Jean, 18 ans.

Antécédents familiaux.

Antécédents personnels : abcès froid de la région sternale à l'âge de 13 ans.

En décembre 1941, le malade fait une chute dans un escalier. Légères douleurs au niveau de la hanche pendant quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre.

En mars 1942, les douleurs reprennent; violentes, elles nécessitent l'hospitalisation en Allemagne, où le malade travaillait à cette époque.

On a alors pratiqué de l'extension continue.

Entre à Garches en novembre 1942.

A l'examen, alors on note : genou chaud, œdème important; fluctuation au niveau du cul-de-sec interne; très douloureux; impotence presque absolue; adénite rétro-crutale.

A la radio : pincement de l'articulation de la hanche droite avec décalcification diffuse.

Mis en plâtre en novembre 1942.

Octobre 1942 : pose d'une broche de Kirschner.

Arthrodèse de hanche par pont-levis. 12 décembre 1942. Excellent résultat opératoire.

Discussion. — Malade ayant présenté quelques années auparavant une lésion tuberculeuse; une chute sur la hanche semble être le point de départ de l'évolution de la coxalgie.

OBSERVATION N° XIII

B... Pierre, âgé de 22 ans.

Pas d'antécédents personnels ni familiaux.

En mars 1942, le malade reçoit au niveau de la partie supérieure de la cuisse gauche un choc violent en butant sur une manivelle. Douleurs. Un assez gros hématome qui s'est assez rapidement résorbé. Le malade présente alors des douleurs à caractère transitoire. Il consulte un médecin qui le traite pour des rhumatismes.

Les douleurs ne disparaissent pas. On fait alors une radio qui amène l'hospitalisation aux Petits-Ménages, en juillet. Le malade est opéré le 24 juillet 1942 d'une ostéite de l'os iliaque.

Abscès de la fosse iliaque gauche ponctionné (on retire 500 cc.), le 16 octobre 1942.

Entre à Garches le 14 novembre 1942.

Examen : lésion primitive tuberculeuse de l'épine iliaque antérieure gauche, avec infection secondaire importante, large ulcération de la cicatrice opératoire

Empâtement de la fosse iliaque interne; issue de pus abondant, par la fistule de la crête iliaque. Psoriasis assez marqué.



Le 19 décembre 1942 : ablation de séquestre de l'aile iliaque externe gauche.

Actuellement, la lésion est en voie de guérison.

Discussion. — Malade se présentant sans aucun antécédent particulier qui, à la suite d'un traumatisme, fait une ostéite tuberculeuse de l'aile iliaque. Il est hors de doute ici que le trauma a joué un rôle localisateur dans l'évolution de cette lésion.

OBSERVATION N° XIV

T... Marcel, 50 ans, sculpteur sur bois.

Aucun antécédent familial.

En 1940, le malade présente une adénite cervicale gauche, actuellement fistulisée.

En mai 1942, le malade se cogne violemment le coude. Douleurs qui cèdent peu à peu.

Puis, en juin 1942, apparition d'une tuméfaction au niveau du traumatisme. Cette tuméfaction est ponctionnée; on retire alors du pus hémorragique.

En août 1942, apparition d'un abcès froid au niveau de la jambe gauche; il est ponctionné à l'hôpital Tenon, puis il se fistulise.

Entre à Garches en 1943, au mois de mars.

On note alors : un coude droit volumineux, avec abcès fistulisé à la face postérieure du coude. Points douloureux très nets aux faces externe, interne et postérieure de l'articulation.

L'avant-bras est en flexion-pronation à 80-90° sur le bras. Pas de ganglions axillaires.

Au niveau de la jambe gauche, petit abcès fistulisé. Pas de ganglions rétro-cruraux.

Discussion. — Malade ayant fait une manifestation apparente isolée : adénite tuberculeuse en 1940.

A la suite d'un traumatisme, développement rapide d'un abcès volumineux et fistulisé avec prise de l'ensemble de l'olécrâne et l'articulation est très peu atteinte; il existe aussi une localisation au quart inférieur du tibia. On ne peut nier ici le rôle localisateur du traumatisme dans la lésion du coude.

OBSERVATION N° XV

B... Seghir, 32 ans, manœuvre.

Aucun antécédent personnel et familial.

Histoire de la maladie : Le 3 décembre 1942, le malade, durant son travail, reçoit sur la partie supérieure de la cuisse droite une barre de fer dont il se servait comme levier. Il ressent aussitôt une douleur violente, un gros hématome se constitue assez rapidement.

Un médecin consulté ordonne frictions et massages. Le malade marche presque normalement; seuls les mouvements de flexion de la cuisse sont douloureux.

On lui fait faire des séances de radiothérapie. Mais les douleurs ayant augmenté, le malade consulte un autre médecin qui le dirige sur l'hôpital Saint-Louis. On ponctionne alors un abcès siégeant à la partie supéro-interne de la cuisse.

Entre à l'hôpital de Garches le 22 avril 1943. A l'examen, on note une fistule résiduelle située à la partie supéro-interne de la cuisse droite, le long du moyen adducteur.

Gros ganglion rétro-crural sans périadénite.

A la radio : signes d'ostéite du pubis droit.

Discussion. — Observation tout à fait typique de traumatisme localisateur tuberculeux chez un bacillaire méconnu, avec lésion pubienne de la surface angulaire avec petit séquestre.

CONCLUSION

1° D'après les différentes observations que nous venons d'exposer, nous pouvons conclure qu'il existe un rapport certain entre le traumatisme et la bacillose osseuse au point de vue de la localisation.

2° Chez l'enfant, le rôle du traumatisme, bien que très souvent invoqué, est beaucoup plus difficile à prouver par suite de chutes fréquentes, aussi ne tiendra-t-on compte que des traumatismes indiscutables et importants.

3° Nous retiendrons que dans presque tous les cas nous avons relevé des traumatismes assez violents avec attrition des tissus, quelquefois même des fractures, et toujours nous avons constaté la présence d'hématome.

4° On ne pourra affirmer au point de vue médico-légal le rapport certain entre la bacillose osseuse et le traumatisme qu'en présence d'un traumatisme réel, bien localisé, et lorsque la lésion évoluera au lieu même du sévice.

Vu,
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu,
Le Président de Thèse :
MATHIEU

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et LANNELONGUE. — Communicat. au Cong. de la Tuberculose de Berlin, mai 1899. — Bulletin médical 1899. Académie de Médecine, 1905.
- BENEVENTI. — Importato del trauma nella patogenesi della tubercolosa osteo-articolare. (Arch. Stat. di chir. 23, 332-348, 1929.)
- BALTHAZARD. — Discussion d'un article du Docteur BRISARD : « En marge de la Tuberculose traumatique ». Bull. off. de la Société de Médecine Légale en France.
- Tuberculose et accidents du travail. Précis de Médecine légale, 7 juillet 1942.
- BERARD. — Les rapports du trauma et de la tuberculose en matière d'accidents du travail. (Bulletin Médical, 6 mars-6 avril 1912.)
- BRISARD. — En marge de la tuberculose traumatique. Bull. off. de la Soc. de Médecine légale de France, 7 juillet 1942.
- BROCA (A.). — Entorse et tuberculose du pied. — Presse Médicale du 14 avril 1919. Journal des Praticiens, 22-29 octobre 1921; 5 nov. 1921.
- BROCA (A.) et MERY (A.). — Tuberculose des enfants.
- Tuberculose chirurgicale.
- CARO (F. V.). — Knochentuberkulose und unfalt. Monatschr. f. unfalt. L 41. 557-561, novembre 1934.
- CSIKI (J.). — Tuberculosis of joints in relation to trauma. Budapesti Orvosi riasg 29. 33-35 janvier 1931.

- D'ALBANDO. — Trauma vertebrale tuberculosi ossea Mielite. Riv. ital. di Neuropat. cotania 1923, XVI, 147-150.
- DELITA (F.). — Interno alla tuberculosi vertebrale d'origine traumatica. Arch. di ortop. Milano, 1913, XX, 47.
- DESCLAUX (Louis). — Trauma et tuberculose. — Annales de médecine légale, octobre 1928.
- DUVOIR (M.). — Tuberculose et accidents du travail. Bull. méd., 28 mars 1931.
- Discussion sur un cas de tuberculose locale post-traumatique. Ann. de médecine légale, mai 1931.
- FERRIA CONTIN (G.). — Trauma e tuberculosi ossea. Rassegna d. previd. sociale 26 : 44-50, Oct. 1939.
- FORGUE et JEANBRAN. — Guide du médecin dans les accidents du travail.
- HABERLAND. — La tuberculose osseuse traumatique. Journ. int. de chirurgie, T. 4, p. 1, janv.-fév. 1939.
- Tuberculose osseuse et traumatisme. Ztre. f. chir. n° 28, 9 juillet 1938.
- Tuberculose osseuse et traumatisme, p. 1.257. Munch. Med. Wehnschr. an 85, n° 33, 19 août 1938.
- Knochentuberkulose und trauma. Munch. Med. Wochenchr. 64; 854-856, 10 juin 1938.
- JEANBRAU. — Rapports présentés au XX^e Congrès de l'Association française de Chirurgie, octobre 1907.
- KISSINGER (P.). — Eineger zur artzlichen Beguntachtung der Knochen und gelenktuberkulose im zusammenhang mit Wirklichen undangeblichen imfallen. Monatsch. funfallh 87 : 360-367. Aug. 1930.
- KOPPEL. — Tuberculose vertébrale traumatique. Thèse de Munich, 1907.
- KOPYLOV. — Traumatisme et tuberculose des os et des articulations. Vestnik chir. Imeni Grekovi. T. 57, n° 2-3, 1928; 339-347, feb. March.

LANNELONGUE. — Leçons de chirurgie chirurgicale. Paris, p. 188, 1905.

LECLERCQ. — Un cas de tuberculose traumatique. Ann. de médecine légale, novembre 1925.

LINDERNAM (K.). — Die Knochengelenktuberkulose. Med. kliniq. 31: 1.354-1.359, 18 oct. 1935.

MADIE (J.). — Trauma et tuberculose chirurgicale. Paris Médical, 7 janvier 1922.

MAUCLAIR. — Discussion sur un cas de tuberculose traumatique présenté par ROBINEAU. — Ann. de médecine légale, mai 1931.

MAZEL (P.) et ROBIN. — La tuberculose ostéo-articulaire traumatique médico-légale; critique d'après 35 observations personnelles. (Journal de Médecine de Lyon, II, 675-690, novembre 1920.)

— La tuberculose ostéo-articulaire traumatique. Etude médico-légale. Critique. Journal de Lyon, 1932.

MOSNY (E.). — Tuberculose traumatique et la loi relative aux accidents du travail. (Communication à l'Académie de Médecine, 16 octobre 1909.)

OLLIER (A.). — La tuberculosis osteoarticular como accidente del trabajo. (Ars. Med. 4 : 123-129, April 1928.)

OLLIVE et LE MEIGNEN. — Tuberculose et accidents du travail. Paris Médical, 28 juin 1913.

— Traité médico-légal des accidents du travail, 1914.

PITZEN (P.). — Knochentuberkulose und unfall. (Munch. med. Wochench. 86 : 1.373-1.377, 8 sept. 1939.)

RAYNA (A.). — Tuberculose et terrain. Presse Médicale, 30 janvier 1929.

RECLUS. — Accidents du travail et tuberculose. Journal des Praticiens, 7 sept. 1907.

REISCHAUER (F.). — Trauma und hamatogene Knocheninfektion.
Beitr. z. Klin. chir. 156 : 411-446, 1932.

RIBERA Y SANS. — Traumatisme et tuberculose. Etude expérimentale et clinique. Presse Médicale, 13 mai 1911.

ROBINEAU. — Ostéo-arthrite tuberculeuse et accidents du travail.
Rapports du VI^e Congrès de médecine légale de langue française. (Ann. de médecine légale, mai 1922.)

— Un cas de tuberculose locale post-traumatique. (Bull. off. de la Soc. de Méd. lég. de France, 13 avril 31.)

ROUX (J.). — Un cas de tuberculose osseuse provoquée par un trauma minime. (Rev. de la tuberculose, I, 612-614, juin 1933.)

SCHRODER (P.). — Bertrag zur frage der zusammenhanges zwischen gelenktuberkulose und unfall. Mtschr. f. unfallh. 40 : 49-50, février 1933.

SENEQUE. — Presse Médicale, 27 mars 1923.

SORREL. — Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie, n° 22, 2 juillet 1927.

STUMPF. — Surgical tuberculos and its relation to trauma. Arch. f. orthop. et unfall. chir. 35 : 147-161, 1935.

X... — Toujours à propos de l'ostéo-arthrite tuberculeuse post-traumatique. (Bull. chir. des accidents du travail, n° 57, août 1933.)

VIBERT (P.). — Les accidents du travail (1906).